

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1897

THÈSE

N° 202

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 25 février 1897, à 4 heures

PAR

Charles ROUX

Né aux Sables-d'Olonne, le 8 Juillet 1872.

ÉTUDE DE QUELQUES FORMES RARES

DE

CONTRACTURES HYSTÉRIQUES

Président : M. JOFFROY, professeur.

*Juges : MM. } DIEULAFOY, professeur.
 } CHARRIN ET MARFAN, agrégés.*

PARIS

A. MALOINE, ÉDITEUR

21, PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 21

1897

Année 1897

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 25 février 1897, à 1 heure

PAR

Charles ROUX

Né aux Sables-d'Olonne, le 8 Juillet 1872.

ÉTUDE DE QUELQUES FORMES RARES

DE

CONTRACTURES HYSTÉRIQUES

Président : M. JOFFROY, professeur.

Juges : MM.

<i>Dieulafoy, professeur.</i>	{



PARIS

A. MALOINE, ÉDITEUR

21, PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 21

1897

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL.
Professeurs.	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie.	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	N.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.	DEBOVE.
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE.
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale.	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.	LABOULBENE.
	N.
	POTAIN.
Clinique médicale	JACCOUD.
	HAYEM.
	DIEULAFOY.
Clinique des maladies des enfants.	GRANCHER.
Clinique des maladies syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	
Clinique des maladies nerveuses.	JOFFROY.
	RAYMOND.
	BERGER.
Clinique chirurgicale.	DUPLAT.
	LE DENTU.
	TILLAUX.
Clinique ophtalmologique.	PANAS.
Clinique des voies urinaires.	GUYON.
Clinique d'accouchements.	TARNIER.
	PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GAUCHER.	MARFAN.	ROGER.
ALBARRAN.	GILBERT.	MARIE.	SEBILEAU.
ANDRE.	GILLES DE LA	MENETRIER.	THIERY.
BAR.	TOURETTE.	NELATON	THOINOT.
BONNAIRE.	GLEY.	NETTER.	TUFFIER.
BROCA.	HARTMANN.	POIRIER, chef des	VARNIER.
CHANTEMESSE	HEIM.	travaux anatomiques.	WALTHER.
CHARRIN.	LEJARS.	RETTERER.	WEISS.
CHASSEVANT	LETULLE	RICARD.	WIDAL.
DELBET.			WURTZ.

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

MEIS

ET

AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR JOFFROY

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX DE
PARIS

A MES PREMIERS MAÎTRES

MM. LES PROFESSEURS DE L'ÉCOLE DE
MÉDECINE DE NANTES

INTRODUCTION

Au cours de nos études médicales, le hasard nous a permis d'observer un certain nombre de cas de contractures hystériques ; les unes revêtant les formes communément décrites, les autres, au contraire, très localisées et non associées à la paralysie névropathique, ce qui pourtant s'observe dans la majorité des cas. — Ces dernières variétés de contractures nous ont particulièrement intéressé, tant à cause de leur siège spécial, de leurs localisations inaccoutumées, qu'en raison des erreurs de diagnostic véritablement graves auxquelles elles peuvent donner lieu, et qui exposent à des errements thérapeutiques plus graves encore. — C'est surtout à la Salpêtrière que nous avons pu rencontrer ces faits, pourtant l'un deux, fort intéressant nous vient du service de clinique chirurgicale de l'hôpital Necker.

Nous avons pensé qu'il serait de quelque intérêt de rapporter ces cas et de les discuter, en jetant un coup d'œil rapide sur les diverses formes rares de contractures hystériques et nous nous sommes arrêté à ce sujet pour notre thèse.

Nous n'avons pas la prétention de décrire une affec-

tion nouvelle, ni même de décrire des formes inconnues de contractures hystériques.

Dès longtemps, les auteurs ont signalé ces contractures généralisées ou localisées survenant au cours de la grande névrose. Notre tâche sera plus modeste ; sans chercher à faire une description didactique sans avoir même la pensée de décrire toutes les formes rares de ces contractures, ce qui nous entraînerait bien au-delà des limites que nous avons dû nous imposer, nous rapporterons simplement quelques observations, tendant à confirmer l'existence des pieds-bots hystériques, des déviations vertébrales, scoliose, cyphose, etc, et du torticolis.

Pour chacune de ces formes, nous essayerons de voir les erreurs de diagnostic qui pourraient être commises et nous nous efforcerons d'indiquer par quels moyens on peut et on doit arriver à les éviter. Enfin, nous verrons que ces contractures rebelles sont parfois d'un pronostic sérieux, en raison même de leur persistance, et qu'il ne faut pas regarder comme absolument bénignes sous prétexte qu'elles sont de nature hystériques, des affections qui peuvent persister des mois et des années, et entraîner parfois des désordres anatomiques qui ne sauraient désormais disparaître spontanément.

Nous terminerons cette courte étude, en indiquant les divers modes de traitement que l'on a proposés pour guérir les contractures hystériques ; après en

avoir rapidement discuté la valeur, nous verrons dans quel ordre il convient de les essayer pour obtenir la guérison.

Mais avant d'entrer dans notre sujet, nous tenons à remplir un devoir dont l'accomplissement nous est agréable, en remerciant ici publiquement tous nos maîtres, à qui nous sommes redevable de tout ce que nous avons pu apprendre.

Tout d'abord nous adresserons nos remerciements bien sincères à Monsieur le docteur Jules Voisin, médecin à la Salpêtrière, dans le service duquel nous avons recueilli deux observations des plus intéressantes, et au savoir duquel nous devons beaucoup. Qu'il veuille bien agréer l'hommage de notre gratitude.

C'est à l'hôpital Necker, dans le service de clinique chirurgicale de Monsieur le professeur Le Dentu que nous avons puisé notre troisième observation ; nous tenons à remercier vivement notre maître du gracieux accueil qui nous a été fait dans son service.

Que Monsieur le professeur Duplay et Monsieur le docteur Queyrat, dans les services desquels nous avons eu l'honneur de remplir nos fonctions d'externe des hôpitaux, veuillent bien recevoir ici un témoignage de notre reconnaissance, pour tout ce qu'ils nous ont enseigné.

Nous devons un pareil témoignage de reconnaissance à nos premiers maîtres, Messieurs les profes-

seurs de l'Ecole de médecine de Nantes, sous la direction desquels nous fîmes nos premières armes dans l'étude de l'art d'Hippocrate.

Que Monsieur le professeur Joffroy, qui a bien voulu nous faire l'honneur de présider notre thèse, nous permette de lui adresser ici l'hommage de notre profond respect.

DE LA CONTRACTURE HYSTÉRIQUE

L'étude des contractures hystériques remonte assez loin ; les anciens auteurs les avaient entrevues, mais c'est surtout depuis les travaux si remarquables de Charcot et de ses élèves que cette affection est définitivement connue et classée. Nous ne pouvons songer à faire ici l'histoire complète de l'hystérie, et des théories pathogéniques qui se sont succédées pour expliquer cette singulière névrose aux manifestations multiples et chaque jour plus nombreuses, à mesure qu'on l'étudie mieux et qu'on apprend à la dépister sous ses dehors trompeurs.

C'est Pomme (1) qui, le premier a nettement indiqué la nature hystérique de certaines contractures qu'il décrit sous le nom de « raccourcissement des extrémités dans la paralysie hystérique » Charcot et l'école de la Salpêtrière constituèrent définitivement l'histoire de cette manifestation névropathique, et pour ne citer que les travaux les plus importants nous signalerons ceux de Bourneville. Notons en passant les

(1) POMME, in dictionnaire encyclopédique des sciences médicales article hystérie de Grasset. page, 307. quatrième série tome 15.

les articles des dictionnaires de Dechambre et de Jacoud, et nous arrivons à des dates tout à fait récentes, à des articles ou à des mémoires qui n'ont que quelques années. Tels sont les travaux de P. Richer (1) et de Babinski, l'excellent article de Souques (2) dans le quatrième volume du Manuel de médecine de Debove et Achard.

Sollier et Malapert (3), dans la nouvelle Iconographie de la Salpêtrière, ont décrit les formes volontaires de ces contractures, tandis que Babinski (4) a établi les bases du diagnostic entre la contracture organique et la contracture hystérique.

Dans les intéressantes thèses de Gasnier (5) et de Decourt (6), dans un article de Delprat (7), dans un autre de Gilles de la Tourette (8), nous trouvons relatés de nombreux faits de contractures localisées. Parinaud et Borel (9) ont décrit les troubles moteurs des

(1) P. RICHER. paralysie et contractures hystériques. Paris 1892.

(2) SOUQUES, article hystérie Manuel de médecine (Debove et Achard) tome 1. n° 274.

(3) SOLLIER ET MALAPERT. Nouvelle iconographie de la Salpêtrière, 1891.

(4) BABINSKI. Soc. médic. des Hôp., 8 mai 1893.

(5) GASNIER. Thèse de Paris, 1893.

(6) DECOURT. Thèse de Paris, 1891.

(7) DELPRAT. Nouvelle iconographie de la Salpêtrière, 1892.

(8) GILLES DE LA TOURETTE. Paris 1887.

(9) PARINAUD ET BOREL. Annales d'oculistique, 1887.

yeux, qui ont été considérés comme relevant d'une paralysie, mais qui suivant les auteurs modernes, sont plutôt dûs à des contractures, au point que Gilles de la Tourette est arrivé à émettre cette conclusion : « Les
« muscles de la vision sont frappés de contracture
« dans des proportions telles qu'il est à se demander
« si l'on doit admettre leurs paralysies. Celles-ci, lors-
« qu'elles existent, s'accompagnent encore plus fré-
« quemment de spasmes secondaires que les paralysies
« organiques ; elles sont de plus associées et très fré-
« quemment alternantes ».

En résumé, nous voyons que les contractures sont excessivement fréquentes comme manifestations de la névrose hystérique, elles y sont si communes que Souques, dans le Manuel de Médecine, décrit sous le nom de *diathèse de contracture* « un état du système
« neuro-musculaire tel qu'une excitation souvent
« légère provoque la contracture. On la désigne encore,
« dit cet auteur, sous les noms d'*opportunité de con-
« tracture* et de *contracture latente*. Rien en effet, ne
« la trahit à l'état normal ».

Elle est très fréquente dans l'hystérie et d'après les recherches de M. P. Berbez on l'a trouvée cinquante deux fois sur soixante dix hystériques des deux sexes.

Longtemps l'hystérie et ses diverses manifestations ont été considérées comme l'apanage exclusif du sexe féminin ; mais de nombreux travaux ont apporté la

preuve que tous les accidents de la grande névrose pouvaient se manifester chez l'homme, et Grasset dans le Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales cite les thèses de Petit (1875), Paulnier (1876), Lallemand (1877), Maricourt (1878), Jannet, Klein (1880), Casaubon (1881), Batault (1885), Quinquetou (1886) et toute une série de mémoires qui ne peuvent laisser de doute à cet égard.

D'ailleurs, il faut cependant reconnaître que la femme y est tout spécialement prédisposée et qu'elle est beaucoup plus souvent atteinte que l'homme. Sur les trois observations personnelles que nous consignons dans ce travail, il s'agissait dans deux cas de jeunes filles et dans un cas, d'un jeune garçon. Quant à l'âge, nous rappellerons seulement que les statistiques de Beau, de Briquet, de Amann, de Scanzoni, de Georget et de Landouzy qui comportent des chiffres fort élevés, sont toutes d'accord pour montrer que le maximum de fréquence est manifestement de quinze à vingt-cinq ans, bien qu'on ait constaté l'hystérie dans l'enfance et aussi à des âges avancés par exemple de soixante à quatre-vingts ans (Landouzy, Scanzoni).

Les antécédents névropatiques ont ici une très grande importance non pas qu'un sujet hystérique descende fatalement de parents hystériques; mais, comme le dit Déjerine, « l'hystérie ne se combine « pas seulement, dans la succession héréditaire, avec « l'épilepsie et l'aliénation mentale, elle peut s'asso-

«cier à la chorée, à la maladie de Bazédow, à l'ataxie locomotrice progressive (Vulpian), à toutes les «névroses, à tous les états nevro et psychopatiques « graves ou légers. » C'est, comme l'a écrit si justement Grasset, la plus héréditaire des névroses.

Il y a plus, et les relations du nervosisme et de l'arthritisme, montrent que l'on peut trouver dans l'hérédité ascendante des hystériques « une mère migraineuse, arthritique, atteinte d'asthme, d'accès d'angine de poitrine neuro-arthritique. » (Déjérine). Chairon a indiqué la phtisie pulmonaire comme une cause héréditaire prédisposante, et Grasset dit l'avoir plusieurs fois constatée.

Si on ne comprend pas, dit cet auteur, les névroses sans voir leurs relations mutuelles, s'il est indispensable en neuropathologie de considérer la famille névropathique, il faut aller encore plus loin et compléter tout cela par la famille diathésique, en dehors de laquelle on ne verra que des unités isolées, éparses et sans réalité vivante. »

Nous n'insisterons pas davantage sur les conditions étiologiques qui sont en somme, toutes celles que les auteurs classiques ont indiquées pour l'hystérie en général, dont les contractures que nous étudions ici, ne sont qu'une modalité, qu'une manifestation particulière.

D'une façon générale, les contractures hystériques ont un début très brusque, contrairement aux con-

fractures qui relèvent d'affections organiques. — C'est donc tout-à-coup que cet état se révèle, et atteint aussitôt son maximum d'intensité dans la plupart des cas. Lorsqu'il disparaît, c'est avec la même soudaineté et d'une façon complète, lorsque l'état pathologique et surtout l'attitude sont récents, mais, lorsque la contracture a persisté pendant plusieurs mois, plusieurs années, il peut s'être produit des lésions définitives, qui, comme le dit Charcot, sont moins le fait de la névrose à proprement parler, que celui de la mauvaise attitude longtemps prolongée. C'est donc avec beaucoup d'à-propos que Souques dit en parlant des contractures ou paralysies qui suivent l'attaque, qu'il ne faut pas les laisser « flâner »,

La plupart du temps, la contracture survient consécutivement à une paralysie de même nature, d'ailleurs, ces deux états dans la névrose se touchent de très près; la contracture n'est, en dernière analyse, qu'une paralysie spasmodique. Le malade a perdu la faculté de faire passer ses muscles contractés à l'état de repos; dans la paralysie, il a perdu le pouvoir de les faire passer de l'état de repos à l'état de contracture.

Nous avons jusqu'ici rappelé le début ordinaire de la contracture, caractérisé par la brusquerie : mais il n'existe pas toujours ainsi. Il peut se faire d'une façon beaucoup plus lente et progressive, tantôt à la suite d'une ou plusieurs crises, tantôt sans que ces cri-

ses aient eu lieu ; c'est ainsi que chez l'une de nos malades, les contractures avec déformation du pied sont survenues assez lentement, sans qu'il y ait eu jamais à proprement parler, de véritable crise hystérique.

Lorsque la contracture est établie, elle porte sur tous les muscles d'une région, aussi bien sur un groupe musculaire que sur ses antagonistes, et l'attitude vicieuse n'est due qu'à l'exagération de cet état sur telle ou telle masse contractile. Ce qui le caractérise surtout, c'est son intensité considérable ; la contracture hystérique est une contracture complète, absolue, beaucoup plus marquée que ne l'est jamais une contracture organique, comme l'a bien montré Babinski. Tantôt elle est fixe et définitive, ne changeant pas de forme jusqu'à sa disparition, tantôt, au contraire, elle possède un certain caractère de mobilité ; elle quitte un groupe musculaire brusquement pour en atteindre un autre, ou bien elle diminue dans une masse musculaire pour prédominer sur les antagonistes, changeant ainsi brusquement les attitudes. Cette mobilité était particulièrement nette dans une de nos observations.

Le plus ordinairement, cette contracture persiste pendant le sommeil physiologique ; au contraire elle diminue ou disparaît par le sommeil hypnotique avec ou sans suggestion, et surtout elle cède complètement pendant le sommeil chloroformique qui constitue un moyen diagnostic de première importance.

Pourtant, il convient de remarquer que l'anesthésie

peut ne pas supprimer complètement la déformation, lorsque la contracture est de date ancienne. Charcot, dans ses cliniques des maladies nerveuses, a longuement insisté sur ce fait : l'immobilisation prolongée par l'état pathologique, en attitude irrégulière, peut entraîner à la longue des atrophies musculaires qui ne sont ni fréquentes, ni accusées, à la vérité, mais qui existent néanmoins ; elle peut entraîner surtout des rétractions tendineuses et fibreuses telles, que l'intervention chirurgicale peut devenir nécessaire pour rétablir l'attitude normale, alors que la contracture musculaire elle-même a disparu.

Un autre caractère de la contracture hystérique, sur lequel les auteurs ont peu insisté et qui nous paraît avoir son importance, c'est qu'elle s'exagère par l'examen du malade. Il suffit que son attention soit spécialement attirée sur son état par l'examen médical, que l'on cherche à vaincre la raideur musculaire, pour sentir nettement que les muscles se tendent et se contractent avec un surcroît d'intensité, comme pour mieux fixer l'attitude vicieuse que l'on essaie de corriger.

A côté de ces formes très accentuées, quelques auteurs et M. P. Richer, en particulier, en ont signalé d'autres moins marquées, qui disparaissent pendant le sommeil physiologique, et qui souvent, ont une mobilité extrême, mais ce sont là des formes tout-à-fait rares et exceptionnelles.

Enfin, nous rappellerons la forme douloureuse dont le type le mieux connu est, sans contredit, la coxalgie hystérique, et qui peut coexister avec des zones d'anesthésie douloureuse de la peau.

Du reste, les troubles de la sensibilité cutanée vont généralement de pair avec la contracture et la précèdent la plupart du temps dans une zone déterminée. Si ce symptôme existe dans la majorité des cas et devient un précieux moyen de diagnostic, il faut pourtant bien savoir qu'il n'est pas indispensable et, dans deux cas, nous avons pu nous assurer que les troubles de sensibilité de la peau manquaient complètement ; on ne doit donc pas leur attribuer une valeur absolue, et leur absence ne saurait faire rejeter d'emblée le diagnostic de contracture hystérique.

L'exagération des réflexes tendineux n'est pas non plus un symptôme constant, elle est même rare, de même que la trépidation épileptoïde. Alors même qu'on croit les rencontrer, il faut songer à l'erreur possible et se mettre en garde ; Babinski et Souques ont montré que souvent on avait l'illusion de ces deux phénomènes, par une sorte de trémulation, de tremblement hystérique, qui simule plus ou moins parfaitement la véritable épilepsie spinale. Ils arrivent même à considérer la trépidation et l'exagération vraie des réflexes, comme deux signes diagnostiques à peu près constants dans la contracture par lésion orga-

nique, et n'existant jamais au sens propre du mot, dans la contracture hystérique.

Par ses localisations les plus fréquentes, les plus habituelles, la contracture hystérique doublée de paralysie de même nature revêt les formes hémiplégique ou monoplégique ; dans ces cas le membre supérieur prend une attitude très différente de celle du membre inférieur. Le bras se trouve en adduction forcée, tandis que l'avant-bras, le poignet et les doigts sont contracturés en flexion. Au membre inférieur, l'attitude est uniforme, c'est l'extension ; la cuisse est étendue sur le bassin, la jambe sur la cuisse, le pied sur la jambe, seuls les orteils sont souvent fléchis et contractés en une sorte de griffe. Cette contracture en extension s'accompagne presque toujours de l'adduction du pied avec rotation de la pointe en dedans, donnant ainsi un pied-bot varus-équin véritable, plus ou moins accentué et rendant la marche fort pénible, sinon impossible.

D'autres fois encore c'est une quadriplégie que l'on constate ; les quatre membres sont atteints. Cette forme, est beaucoup plus rare que les précédentes. Souques nous dit que Briquet sur cent vingt cas, ne l'a observée que six fois. Dans sa thèse sur la paralysie hystérique des quatre membres, Vallier (Paris 1886) n'a pu en rapporter que vingt-cinq cas bien avérés. Bien plus fréquente est la forme monoplégique, complète ou incomplète, dans laquelle la contracture est la règle

générale, et précède ou suit la paralysie. Les deux membres inférieurs sont alors dans une rigidité extrême, fixés en extension forcée. Les muscles fessiers, pelvi-trochantériens participent-ils à la contraction, la marche devient absolument impossible, et le malade est immobilisé au lit avec la raideur d'une planche. Lorsque ces derniers muscles sont au contraire demeurés libres, la marche est encore possible mais reste néanmoins très difficile, et le sujet va en sautillant avec la démarche spasmodique bien connue telle qu'on l'observe dans le tabes dorsal spasmodique et dans la maladie de Little.

Telles sont les formes communes de contractures hystériques, avec leurs caractères les plus saillants.

Quand elles surviennent chez un sujet qui est un hystérique avéré, à la suite d'une grande crise par exemple, le diagnostic ne présente guère de difficulté ; la brusquerie du début, les caractères propres de la contracture, les circonstances dans lesquelles elle est survenue, sont autant de preuves de la nature de l'affection. Mais il s'en faut que les choses se passent toujours ainsi ; assez souvent même, la contracture survient chez un sujet qui jusqu'alors n'a pas eu une seule attaque, et pourtant c'est bien à la névrose qu'il faut rapporter l'accident. Outre les caractères de cette contracture qui, nous l'avons vu, sont bien spéciaux, il y a toujours chez le sujet quelques stigmates.

C'est un malade impressionnable, au facies mobile,

irritable, nerveux : c'est une jeune fille qui présente de véritables accès de pleurs ou de rires non motivés. On a dit que dans les cas de contracture et de paralysie hystériques, il y avait toujours une zone correspondante d'anesthésie, en tous cas, un trouble sensitif bien net : ceci est exact dans la majorité des cas, mais non dans tous, assurément ; chez plusieurs des malades que nous avons eu l'occasion de voir à la Salpêtrière, les troubles de la sensibilité faisaient défaut, tout au moins pour la sensibilité cutanée ; chez l'une des malades, dont nous rapportons ici l'observation, il n'y en avait aucun.

Ce qui fait le moins souvent défaut c'est peut-être la sensibilité dans la région ovarienne, sensibilité que réveille la pression profonde, et qui s'accompagne d'une sensation d'étouffement, de constriction à la gorge, de boule partant du creux épigastrique ou de la région précordiale, pour remonter vers le larynx, etc. Ce sont là des stigmates d'hystérie bien connus et sur lesquels nous n'avons pas besoin d'insister.

Ajoutons encore que l'influence de l'hypnose est aussi un excellent moyen diagnostique ; sans doute, on ne peut pas toujours arriver, au premier essai, à la première tentative, à endormir du sommeil hypnotique un sujet, mais déjà on peut commencer à voir s'accroître les signes névropathiques pendant cette tentative ; et si l'on n'obtient pas le sommeil complet, on constate une certaine influence subie par la malade,

qui ne peut plus fixer le regard ou le point brillant qu'on l'a fait regarder, et qui ressent un besoin invincible de fermer les yeux, auquel elle cède bientôt.

On voit donc que les stigmates hystériques et les divers symptômes de la névrose, si inconstants, peuvent parfois être masqués au point que le diagnostic devient d'une réelle difficulté, surtout lorsqu'à la place d'une contracture commune et assez typique, en somme, on voit soudain paraître des contractures à siège bizarre, entraînant des déformations qui sont habituellement dues à des affections de nature toute différente.

FORMES RARES DE CONTRACTURES

Laissons de côté les contractures communes, dont nous avons cru utile de rappeler à grands traits les caractères spéciaux, qui sont communs, du reste, avec toutes les autres contractures hystériques, et jetons un coup d'œil sur les localisations rares de cette *opportunité de contraction*.

Quelques-unes de ces formes sont particulièrement importantes, à cause des erreurs de diagnostic auxquelles elles prêtent beaucoup. Nous ne ferons que signaler l'hémispasme facial et le trismus nerveux, dont nous n'avons pas d'observation à rapporter comme exemple.

Le blépharospasme, qui se rencontre ordinairement avec l'hémispasme facial et lingual, peut cependant exister à l'état de contracture isolée de l'orbiculaire des paupières. D'après Souques, il en existe trois types, clonique, tonique et pseudo-paralytique, siégeant d'un seul côté ou revêtant la forme bilatérale. Dans la forme clonique, il existe un véritable clignotement des paupières à demi fermées, une continuelle vibration qui, nous semble-t-il, est très importante. Cette forme nous paraît très fréquente, nous l'avons

bien souvent rencontrée ; et, plusieurs fois, dans l'une de nos observations en particulier, ce clignotement fut le premier symptôme qui attirât l'attention, et conduisit au diagnostic de contracture hystérique, pour une difformité qu'on eût été tenté d'attribuer à toute autre cause.

Dans la forme tonique, les yeux sont fermés avec force, les paupières sont plissées et tendues, il est très difficile d'en obtenir l'écartement, parfois même impossible, car la contracture gagne d'autant plus en intensité, qu'on s'évertue davantage à la vaincre.

Quant à la forme pseudo-paralytique, voici comment Souques la décrit : « Enfin dans le spasme pseudo-paralytique, le plissement et la tension font défaut ; mais parfois quelques frémissements convulsifs en révèlent la nature. »

Quelle qu'en soit la forme particulière, le blépharospasme peut être douloureux, accompagné de larmoiement et d'une vraie photophobie, ou bien au contraire, parfaitement indolent pendant toute sa durée, qui peut varier de quelques jours à des mois et des années. Gilles de la Tourette, en 1889, dans la nouvelle iconographie de la Salpêtrière, a insisté sur des signes diagnostiques importants ; ce sont d'abord une zone d'anesthésie en diaphragme ou d'hypéresthésie de même forme, respectant la cornée transparente et frappant au contraire la conjonctive et la peau, jusque dans un rayon de deux centimètres autour de la ré-

gion de l'orbite. De ce côté, le sourcil est abaissé, fait sur lequel Charcot avait déjà insisté, et qui permet de reconnaître la nature hystérique de l'affection : car dans le spasme qui accompagne la paralysie avec chute de la paupière, le sourcil du côté atteint reste toujours à son niveau normal, symétriquement disposé par rapport à celui du côté opposé.

Il peut aussi se rencontrer des contractures des divers muscles moteurs de l'œil proprement dits. Parinaud et Borel les ont particulièrement étudiées et discutées dans les annales d'oculistique de 1887. Quelques auteurs les admettent sous forme de paralysies associées ; mais il convient de remarquer avec Souques, que le scepticisme de beaucoup d'auteurs à cet égard est au moins permis, puisque jamais on n'est arrivé, jusqu'aujourd'hui, à les reproduire par la suggestion hypnotique.

Cependant, la contracture existe et n'est contestée par personne. Tantôt elle entraîne des troubles de l'accommodation, de la micro-mégalopsie, de la polyopie monoculaire, du strabisme hystérique divergent ou convergent et de la diplopie. MM. Ballet (1) et Raymond (2) ont même rapporté des cas de contracture frappant à la fois tous les muscles de l'œil, et donnant ainsi lieu à une véritable ophtalmoplégie, mais dans

(1) BALLET Revue de médecine, 1888.

(2) RAYMOND. Société médicale des Hôpitaux, 1891.

laquelle on ne constate jamais la mydriase ; c'est qu'en effet, les réflexes lumineux semblent être constamment conservés dans ces contractures hystériques des muscles de l'œil.

A ces contractures, il faut joindre encore celle du muscle diaphragme qui, selon quelques auteurs, ne serait pas très rare ; ce serait à cette contracture qu'il faudrait attribuer le météorisme.

Il peut encore exister des spasmes douloureux articulaires, décrits sous la dénomination d'arthralgies hystériques. Charcot en a fait une étude approfondie, et, selon lui, « celle du genou est la plus fréquente de toutes. Sur un total de 70 cas, l'arthralgie aurait occupé 38 fois le genou, 18 fois la hanche, 8 fois le poignet, 4 fois l'épaule, 2 fois le cou-de-pied. » Il s'agit là de contractures spasmodiques localisées dans les muscles moteurs de l'articulation, ou tout au moins, nettement prédominantes sur ces muscles. Une des formes les plus connues de ces arthralgies est la coxalgie hystérique. Brodie, qui l'a étudiée avec soin nous dit que « la sensibilité morbide siège dans l'enveloppe cutanée ; si vous pincez la peau, la malade se plaint plus que si vous poussiez la tête du fémur sur la cavité cotyloïde. »

Comme ces contractures peuvent persister fort longtemps, elles peuvent à la longue s'accompagner de lésions définitives, de troubles trophiques et vasomoteurs ; ainsi on a observé de l'amyotrophie, de

l'œdème, voire même quelques déformations osseuses ; mais ce ne sont là, à la vérité, que de rares exceptions, et le plus souvent, même après une durée très prolongée les muscles restent intacts et sans altération. Ce qui est plus fréquent, comme la bien montré Charcot, c'est la rétraction fibro-tendineuse, qui peut faire persister un certain degré de déformation, incorrigible sans une intervention chirurgicale.

Dans son mémoire, Blum a rapporté un fait très curieux, qui montre à la fois l'intégrité des muscles, la disparition de la contracture dans l'anesthésie chloroformique, et sa réapparition irrésistible au réveil : le voici tel que le résume Grasset : « Une malade pré-
« sente une coxalgie hystérique : on la chloroformise
« et on applique pendant le sommeil un appareil plâ-
« tré, laissant le pied libre. Au réveil, le pied se tord
« en varus exagéré. On applique un appareil plâtré
« tenant tout : le plâtre ne résiste pas à l'effort des
« muscles et une contracture nouvelle et semblable
« réapparaît. Un mois et demi après, nouvelle chlo-
« roformisation ; redressement : on place la patiente
« dans une gouttière de Bonnet. Un an après, on
« enlève l'appareil : la contracture reparaît. Quelque
« temps plus tard, nouvel appareil plâtré renforcé par
« des bandes silicatées, toujours appliqué pendant
« la chloroformisation. L'appareil est enlevé deux
« mois après : la contracture se développe de nouveau.
« Un mois plus tard, nouvel appareil avec attelle métal-

« lique en T ; pas de déviation possible ; la malade
« ressent de violentes douleurs dans les muscles con-
« tracturés. Un jour ces douleurs disparaissent tout
« d'un coup ; on enlève l'appareil quelque temps ; la
« contracture était guérie, sauf cependant le pied-
« bot ».

Si la douleur vive accompagne en général ces contractures péri-articulaires, elle n'est cependant pas fatale ; nous verrons bientôt dans une de nos observations que la sensibilité était à peine marquée. La douleur n'est donc pas indispensable, et l'hystérie peut, par contracture, entraîner des déformations indolentes des articulations.

Nous ne dirons rien des astasies abasies ataxiques, choréiformes, trépidentes, que peut susciter la grande névrose, non plus que du spasme saltatoire, etc... qui nous éloignent de notre sujet. On en trouvera les descriptions dans les auteurs classiques.

Après avoir jeté un coup d'œil sur ces manifestations, nous allons entrer dans quelques détails sur les formes rares de contractures hystériques, auxquelles se rapportent les observations que nous consignons dans cette rapide étude.

A. — *Le pied-bot hystérique.*

La contracture hystérique atteignant tout un mem-

bre inférieur, peut produire une attitude vicieuse du pied, rappelant et même représentant exactement celle des pieds-bots, avec leur diverses variétés. Dans d'autres cas, la difficulté est encore plus grande, car la contracture peut très bien se limiter uniquement sur un groupe musculaire ; à la première catégorie de faits se rapportent un grand nombre d'observations : n'avons-nous pas vu à l'instant, dans le cas de Le Fort que la malade atteinte de coxalgie hystérique présentait un pied-bot par contracture de même nature, qui persista ? Charcot, dans ses leçons sur les maladies du système nerveux, en rapporte aussi plusieurs exemples ; entre autres, celui d'une femme âgée de 55 ans, qui fut prise 18 ans auparavant, à la suite d'une attaque hystérique, de paraplégie avec contracture. Voici son observation empruntée à Charcot.

OBSERVATION I.

Femme de 55 ans ; ayant depuis 18 ans, une paraplégie avec contracture, survenue brusquement à la suite d'une attaque hystérique. La contracture, à l'origine, s'amendait de temps à autre, temporairement. Mais depuis plus de 16 ans, elle n'a jamais subi la moindre modification ; il s'agit ici d'une véritable rigidité des muscles avec prédominance de l'action des extenseurs et adducteurs. Même après seize ans d'immobilité des membres inférieurs, les parties ligamenteuses n'y sont pour rien, du moins aux genoux, ainsi qu'une exploration faite

pendant l'anesthésie chloroformique, a permis de le constater, seule la déformation des pieds, qui rappelle celle du varus équin, ne s'est pas modifiée pendant le sommeil chloroformique.

Dans le même ordre de faits, nous pourrions rapporter une partie de l'observation de Etch..., observation que les leçons de Charcot ont rendue célèbre.

OBSERVATION II (tirée des leçons de CHARCOT sur les maladies nerveuses, p. 362).

Berthe C..., âgée de dix-huit ans et demi (juillet 1873) a été sujette depuis son enfance jusqu'à douze ans, à des épistaxis survenant toujours par la narine droite, et de douze ans jusqu'à quinze ans, à des céphalalgies à peu près mensuelles. A quinze ans, sans cause connue, en dehors de toute influence héréditaire appréciable, elle a eu tout à coup une attaque convulsive avec perte de connaissance. Ces attaques se sont multipliées, les unes nettement hystériques, les autres hystéro-épileptiques. L'apparition des règles (janvier 1873) n'a pas modifié d'une façon appréciable la fréquence et le caractère des convulsions.

Au moment de son entrée à la Salpêtrière (sept. 1872), cette jeune fille présentait à droite : 1^o une hémianesthésie complète ; 2^o de l'hypéresthésie de l'ovaire.

8 octobre. A la suite d'une attaque accompagnée de délire pendant douze heures environ, contracture du membre inférieur droit, avec pied bot varus équin ; la contracture se complique d'un tremblement presque constant.

30 octobre. Crises convulsives dans lesquelles l'hystérie prédomine. Durant la deuxième crise, les personnes qui mainte-

naient la malade, de peur qu'elle ne se blessât, ont senti la jambe droite qui, jusqu'alors avait toujours été dans l'extension, se fléchir brusquement sur la cuisse, et lorsque la malade est revenue à elle, la contracture avait cessé. C... a conservé pendant quelques jours un certain degré de faiblesse dans le pied qui se renversait en dedans.

Novembre. Berthe marche sans boiter ; le pied droit se renverse encore quelquefois en dedans, et la pointe du pied bute par instants contre le pied gauche. Parfois aussi, la jambe droite est prise d'un tremblement qui dure 5 à 6 minutes, et auquel succède un engourdissement qui se prolonge en général pendant toute la journée : « Alors je ne sens plus ma jambe » dit la malade.

1873. — La faiblesse musculaire a diminué progressivement.

Aujourd'hui, 8 juillet, C..., est aussi forte d'un côté du corps que de l'autre. L'hémi-anesthésie et la douleur ovarienne droite n'ont pas changé.

Ce fait nous montre, une fois de plus, que la contracture hystérique peut disparaître subitement, sans le secours d'aucune intervention.

Nous pourrions multiplier les observations de ce genre, mais nous avons hâte d'en arriver à la contracture plus localisée, limitée à une partie seulement du membre inférieur, et déterminant le vrai pied-bot hystérique.

T. Laycock a décrit, l'un des premiers, cette déformation sous le nom de « Talipedal Distorsions » ; R. Boddoert (1) en a communiqué un cas tout à fait

(1) R. BODDOERT, Annales de la Soc. de méd. de Gand, 1859, p. 93.

caractéristique à la Société de médecine de Gand en 1859 ; il s'agissait de la production d'un pied-bot varus-équin. Depuis, d'autres auteurs ont recueilli et publié quelques faits analogues, Little (1), C Bell (2), M. F. C. Skey, etc (3)...

Charcot, dans ses Leçons, dit aussi qu'il est des cas où la rigidité spasmodique reste limitée à quelque partie d'un membre, au pied par exemple, et produit une sorte de pied-bot hystérique. Il en rapporte une observation caractéristique.

OBSERVATION III. CHARCOT, Leçons sur les maladies du système nerveux, tome I., p. 365.)

Une jeune fille âgée de 22 ans, très nerveuse et appartenant à une famille où les affections nerveuses prédominent, fut prise, il y a trois ans, tout à coup, sans cause connue et sans avoir offert jusque-là de symptômes caractérisés de l'hystérie, d'une contracture douloureuse des muscles de la jambe gauche. Cette contracture qui imprime au pied l'attitude du varus equin le plus accentué, avait cédé d'abord pendant la première année à plusieurs reprises ; mais depuis deux ans, elle paraît être définitive (Juin 1870).

(1) LITTLE. A. Treatise on the nature and treatment of club Foot and a analog. Distorsions. London 1839, case 25.

(2) C. BELL. The nervous system of the human Body., 3^e édit. 1836 case 177.

(3) SKEY. Hystéria, etc. Six lectures delivered to the students of Saint Bartholomew's Hospital 1866, 3^e édit., London 1870. p. 102.

Plusieurs muscles de la jambe ont subi une atrophie profonde. Ils présentent, en outre, des contractions fibrillaires très accusées et répondent mal aux excitations électriques. Il y a, par conséquent, peu de chance de voir la contracture se résoudre, d'autant moins qu'elle ne s'amende que très imparfaitement durant le sommeil produit par le chloroforme.

Chez cette malade, les attaques hystériques se sont manifestées pendant les derniers mois seulement.

OBSERVATION IV. (Personnelle).

Adolphine Laber... âgée de 16 ans, est entrée à l'Hôpital Necker, dans le service de clinique chirurgicale de M. le Professeur Le Dentu, salle Lenoir, n° 30, le 2 novembre 1896.

Les antécédents de cette jeune fille sont assez chargés. Dans sa famille nous relevons plusieurs affections nerveuses et en outre, plusieurs malformations congénitales.

Elle jouit d'une bonne santé générale, mais elle est nerveuse et impressionnable. Toutefois elle n'a jamais présenté d'attaques convulsives, hystériformes ou autres.

Actuellement, elle est entrée à l'Hôpital, pour un double pied-bot talus-valgus, tout à fait caractéristique. Ces déformations sont survenues d'une façon assez insidieuse et peu à peu, dans l'espace d'une dizaine de jours environ. Cependant, elle n'eut vers ce moment aucun trouble de la santé générale, aucune élévation de température ; il y avait seulement un peu de douleur modérée disséminée dans toute la jambe sans localisation nette. Au fur et à mesure que la déformation s'accroissait, la marche devint de plus en plus difficile et enfin impossible.

En examinant ces attitudes vicieuses du pied, qui datent de plusieurs mois, on constate que le talus est moins accusé que

le valgus et que le pied gauche est plus fortement atteint que le droit.

Les muscles de la région antéro-externe de la jambe sont, à droite comme à gauche, le siège d'une contracture spasmodique très vive, immobilisant le pied dans la position à laquelle il a été amené.

Si l'on essaie de redresser le pied, la contracture s'exagère encore et il est impossible d'arriver à le mobiliser le moins. D'ailleurs, dès qu'on approche la malade pour l'examiner, elle se raidit et exagère sa contracture.

Il y a de la contracture clonique spasmodique des orbiculaires des paupières, peu accentuée, mais cependant bien nette.

Les renseignements sont en outre difficiles à obtenir, car la malade forge à volonté et avec une singulière facilité, des histoires diverses et non concordantes sur sa maladie.

Localement, on ne constate pas de zones d'anesthésie, ni sur le membre inférieur, ni sur le reste du corps.

A un moment, on a vu l'un des pieds contracturé en varus avec un peu d'équinisme, puis il a repris sa situation en talus-valgus et il a été impossible de l'en faire bouger depuis.

Les tentatives d'hypnotisme sur lesquelles du reste, on n'a pas insisté, n'ont pas amené le sommeil complet, mais ont révélé, d'une façon bien certaine, l'hystérie chez la malade.

On endort la malade au chloroforme, et pendant l'anesthésie la contracture disparaît complètement et les deux pieds-bots sont réductibles sans aucune difficulté.

Appareil plâtré, immobilisant chaque pied en varus équin. Au bout de sept semaines, on retire ces appareils et la malade commence à marcher. Depuis elle a quitté l'Hôpital et nous ne l'avons pas revue. Au moment de la sortie, la marche était encore pénible (5 janvier.)

La plupart des auteurs qui parlent du pied-bot hystérique le décrivent comme un pied-bot varus-équin. Souques, dans son article, s'exprime ainsi à ce sujet : « La contracture crurale est souvent localisée aux pieds « (pied-bot hystérique). Le pied se met d'ordinaire en « varus-équin, avec ou sans flexion excessive des or- « teils, plus rarement en valgus, ou en tout autre atti- « tude. »

Ceci semble déjà bien montrer que la contracture hystérique peut fixer le pied dans n'importe quelle position vicieuse.

Pourtant, nous ferons remarquer en passant que toutes les observations que nous avons pu relever de pied-bot hystérique, comportaient la forme varus-équin. Notre observation précédente est la seule que nous connaissions de talus-valgus de cette nature. S'il en existe quelque autre qui nous ait échappé, cela prouve en tous cas que, le varus-équin n'est pas la seule forme observée, bien qu'elle soit réellement la plus fréquente, de beaucoup.

Ainsi donc, il reste désormais bien acquis que le pied-bot hystérique constitue une manifestation spéciale de la névrose qui, peut survenir brusquement ou progressivement, et qui, chose beaucoup plus importante au point de vue du diagnostic, peut être l'un des premiers symptômes, précédant de très loin les attaques convulsives.

B. — *Torticolis hystérique.*

La connaissance du torticolis hystérique n'est pas de date très ancienne ; à mesure que l'on connaît mieux la grande névrose et qu'on l'étudie davantage, on y rattache chaque jour quelque manifestation nouvelle jusqu'alors inexpliquée, et le champ de l'hystérie s'élargit de plus en plus.

C'est à Charcot surtout que nous devons la connaissance du torticolis hystérique.

Ce torticolis peut relever de deux états différents et très voisins bien qu'opposés, la paralysie et la contracture. Mais c'est de beaucoup cette dernière qui est la plus fréquente.

Dans la forme paralytique, la tête se trouve inclinée du côté opposé au muscle atteint qui la plupart du temps est le sterno-mastoidien, parfois pourtant le trapèze, ou même les deux muscles à la fois. Dans la contracture, au contraire, la tête est inclinée vers l'épaule du côté atteint, la face est en rotation du côté opposé ; mais c'est l'inclinaison latérale qui domine. L'extrémité céphalique est fortement inclinée, elle vient au contact de l'épaule, et la contracture, visible et tangible puisque les muscles contractés sont comme de véritables cordes dures et rigides, la fixent puissamment dans cette position.

Vient-on à tenter de mobiliser la tête, on éprouve

une résistance invincible, et la contracture s'exagère encore à chaque tentative. Souvent, mais non toujours, il existe une zone d'anesthésie ou d'hyperesthésie cutanées au niveau des muscles atteints. Les tentatives toujours infructueuses de redressement sont souvent fort douloureuses, et arrachent des cris à la malade.

Un des caractères importants de cette contracture, c'est son intensité considérable qui dépasse de beaucoup celle que l'on observe dans le torticolis vrai.

Nous empruntons à Charcot, comme exemple, un passage de l'observation célèbre de Etch.....

OBSERVATION I.

Etch... (Salpêtrière). La maladie débute à trente-quatre ans, par une attaque convulsive épileptiforme ; les crises se succèdent à partir de ce moment.

A 40 ans, apparition des phénomènes permanents (ovarie et rétention d'urine). En octobre 1868, hémiplegie : en 1869, la contracture se déclare au membre inférieur et envahit quelque temps après le membre supérieur.

Le 21 mai 1875, elle avait toujours une contracture du membre inférieur droit et des membres du côté gauche, datant de six ans. Depuis près d'un an, s'y était jointe une contracture des mâchoires (trismus hystérique) qui nécessitait l'emploi de la sonde œsophagienne. Il y avait en même temps d'autres phénomènes hystériques.

Le 22 mai, à 7 heures et quart du soir, survient une attaque

avec contracture des muscles du cou à gauche, qui porte le menton derrière l'épaule de ce côté. La malade crie ; la contracture des mâchoires avait disparu en même temps qu'apparaissait le torticolis hystérique. Elle s'agite, on cherche à la contenir. Avec son bras devenu libre subitement, elle repousse ceux qui la tiennent. Elle veut aller à la fenêtre pour avoir de l'air. Comme on s'y oppose, sa colère augmente et sous cette influence, on voit cesser successivement la contracture de la jambe droite, puis celle de la jambe gauche, enfin celle du bras gauche. On laisse Etch... se lever ; elle marche. A huit heures la guérison était complète.

C'est parfois sans cause apparente, ou sous l'influence d'une excitation mentale, d'une colère, ou après un accès hystérique que le torticolis apparaît. D'autres fois, c'est sous l'influence d'une hallucination, ou d'un rêve avec sensation douloureuse, que la contracture s'établit, comme dans l'observation suivante que nous avons eu la bonne fortune de recueillir dans le service de Monsieur le docteur Jules Voisin à la Salpêtrière.

OBSERVATION II. — (Personnelle.)

X... 15 ans. — Salpêtrière, section Esquirol. Service de Monsieur Jules Voisin (1892).

Cette malade a une hérédité nerveuse très chargée. Personnellement, elle est peu intelligente. Son état de santé est très bon ; elle n'a jamais présenté de convulsions hystériques qu'une

fois, il y a plus d'un an, mais elle a des stigmates hystériques indéniables.

Dans le courant de l'année 1892, elle a été atteinte, à plusieurs reprises, de torticolis hystérique gauche, survenant toujours dans les mêmes conditions qui sont les suivantes.

Pendant son sommeil, la nuit, elle rêve qu'elle a une vive douleur dans le cou, et que cette douleur l'empêche de pouvoir remuer la tête. Au réveil, elle se rappelle parfaitement cette circonstance, à chaque fois. Elle se trouve alors, la tête inclinée sur l'épaule gauche, sans souffrir lorsqu'on n'essaie pas de la redresser. La face est légèrement tournée à droite, les muscles sont contracturés avec une force qui défie toute tentative de redressement ; la tête n'a conservé aucune mobilité, même la plus légère, et pour regarder en divers points de la salle, qu'on lui indique, la malade essaie un mouvement de torsion du tronc et finit par se tourner tout à fait vers le point indiqué.

A chaque fois, M. Jules Voisin a obtenu la guérison instantanée et immédiate par la suggestion en état hypnotique. La malade est endormie par pression légère sur les globes oculaires, et il suffit de lui suggérer qu'elle ne souffre plus du cou, sans même lui parler de sa contracture ni lui dire que la mobilisation de sa tête lui est redevenue possible pour que, l'idée de la douleur disparaissant, les muscles se mettent de suite en relâchement complet.

Il devient dès lors possible de lui mobiliser la tête dans tous les sens, et au réveil, la douleur et le torticolis ont complètement disparu ; la malade ne se ressent de rien jusqu'à ce que, dans un nouveau rêve, elle éprouve encore de la douleur, suivie au réveil de la même contracture que nous venons de décrire.

Le torticolis hystérique doit donc être rangé par-

mi les contractures hystériques localisées, au même titre que celles que nous avons passées en revue jusqu'ici, au même titre aussi que celles qui nous restent à voir.

C. scoliose et cyphose hystériques. Contractures bilatérales des masses sacrolombaires.

Ces variétés de contracture sont excessivement rares, mais n'en présentent pas moins un réel intérêt, à cause des affections qu'elles peuvent simuler. Les déformations, déviations, ou immobilisations de la colonne vertébrale sont dues à la contracture spasmodique des muscles de la masse commune. Landois, dans sa thèse (Paris 1889-1890), a bien attiré l'attention sur ces formes morbides exceptionnelles. Quelques cas sont dûs aux publications de Landry (Moniteur des hôpitaux, 2 juillet 1855), de Duret (nouvelle Iconographie de la Salpêtrière 1888) etc. Vic, dans une excellente thèse inspirée par Monsieur le professeur Lannelongue (thèse de Paris 1893) sur la scoliose hystérique, en rapporte deux observations personnelles très intéressantes, et une troisième communiquée par M. le Professeur Grancher.

Au total, cela fait donc sept observations publiées, de ces contractures hystériques spéciales ; nous y ajouterons une huitième observation que nous avons

pu recueillir à la consultation de la Salpêtrière, grâce à la bienveillance et à l'affabilité de Monsieur le docteur Jules Voisin. Cette dernière observation montrera mieux que toutes les descriptions que nous pourrions tracer, la tenacité de ces contractures, et la difficulté parfois considérable du diagnostic de leur nature.

Enfin notre observation présente encore un intérêt spécial, car elle a trait à un jeune garçon ; outre qu'elle est une preuve de plus de l'existence de l'hystérie mâle, qui n'a pas d'ailleurs besoin d'être démontrée aujourd'hui, c'est la seule que nous ayons pu rencontrer de contracture des muscles vertébraux dans le sexe masculin. Mais rapportons d'abord les diverses observations dont nous venons de parler,

(OBSERVATION I (*in thèse de Vic, 1893*).

Berthe R., 44 ans. Entrée le 31 mai 1890, salle Giraldès, lit n° 38.

Antécédents héréditaires. — La mère a 49 ans, elle a toujours été bien portante. Elle a eu 8 enfants. Cinq sont encore vivants, bien portants, mais ayant eu des signes de scrofule. Un des huit est mort de la cholérine en nourrice; un autre d'inflammation d'intestin (?) à 6 mois (la mère avait dû cesser de le nourrir à cause d'abcès aux deux seins).

Le troisième est mort de méningite à 33 mois. La mère a eu son premier enfant à l'âge de 20 ans 1½, le dernier à 39 ans.

Elle avait 37 ans quand elle a accouché de la malade qui nous occupe.

Le père est âgé de 59 ans; il souffre de gastralgie.

Il est très maigre, tousse beaucoup et crache. Il est cordonnier, mais ne travaille plus depuis longtemps. Il a eu des hémoptysies abondantes en 1872.

Antécédents personnels. — L'enfant est arrivée à terme par un accouchement normal. Elle a été nourrie par la mère jusqu'à 9 mois. Commencement de croup à 6 mois. Rougeole à 2 ans 1½; l'enfant a été 6 semaines malade, depuis elle a été sujette à tousser l'hiver. A 5 ans 1½, fièvre muqueuse, elle reste deux mois malade. Jamais d'autres maladies.

Gourmes dans l'enfance, glandes au cou, jamais mal aux yeux ni aux oreilles. L'enfant est très étourdie. Elle se plaint souvent d'avoir mal dans les jambes. Elle est sujette à tomber. Il y a quinze jours, elle a fait une chute dans un escalier. Elle est tombée sur le côté droit. Elle a joué toute l'après-midi, comme si rien n'était.

Rien de particulier pendant la nuit suivante. Le lendemain elle se tient un peu penchée, mais va à l'école comme d'habitude. Le soir, elle se plaint de douleurs et se tient de plus en plus courbée. La mère la fait déshabiller.. Elle remarque que tout le côté sur lequel l'enfant est tombée dans l'escalier, est gonflé. Le lendemain elle conduit sa fille au dispensaire Furtado-Heine, à Montrouge, puis à la consultation de M. de Saint-Germain. On porte le diagnostic de scoliose.

M. de Saint-Germain prétend que cette déformation doit dater de naissance, son interne l'écrit à M. Dupré. La mère affirme que l'enfant n'avait rien avant son accident. Elle avait bien, dit-elle, les épaules un peu portées en avant, mais à la même hauteur. C'était une belle enfant, grande pour son âge, très vive, et d'instinct assez pervers, me dit la surveillante.

Elle est examinée par le professeur Lannelongue. Les symptômes qu'elle présente au point de vue de l'ensemble macros-

copique sont ceux de la scoliose vulgaire : Déviation de la région dorso-lombaire avec **convexité à gauche**.

Un point particulier à noter, c'est la raideur que l'on perçoit dans les muscles agissant sur le rachis. D'ailleurs, au palper, on sent très réellement cette même sensation, que la vue de la scoliose avait fait pressentir. Une raideur semblable existe dans tous les mouvements, il y a dans la marche une certaine appréhension.

Le professeur Lannelongue n'accepta pas le diagnostic de scoliose vulgaire. Après avoir observé la malade pendant quelques jours, il pratiqua l'anesthésie sous chloroforme : auparavant, on fit un peu de suggestion, en lui affirmant qu'à son réveil, elle serait guérie. Sous le chloroforme la malade fut redressée.

La guérison se maintint quelques heures. Douches froides tous les jours, et au bout d'un mois la malade sort guérie.

Deux mois après, elle revenait dans le service de M. Lannelongue. La veille, elle avait fait une chute sur le côté droit, et le lendemain s'était réveillée penchée sur ce même côté. Scoliose à convexité gauche. Cette répétition d'une contracture survenant brusquement, et disparaissant de même, ne pouvait être attribuée qu'à l'hystéro-traumatisme. Cette fois, on n'usa pas du chloroforme, des douches froides et la suggestion à l'état de veille, faite sur un ton impérieux, suffirent à déterminer la guérison complète en huit jours.

OBSERVATION II (In thèse de Vic).

Albertine V.... 12 ans 1½, entre le 10 octobre 1892, salle Giralduès lit, n° 25.

Antécédents héréditaires. — Le père a eu la fièvre typhoïde

à 20 ans, il est bien portant, âgée de 35 ans, vigoureux et sain ; mais il semble naïf et lourd d'esprit. Il est légèrement alcoolique. La mère est très nerveuse, à 45 ans, elle était restée penchée sur un côté, et cela lui avait passé tout d'un coup, dit le mari.

Antécédents personnels. — Albertine l'aînée de la famille, est venue au monde à 7 mois 1½ seulement ; l'accouchement avait été très pénible en présentation du sommet.

Elle a été élevée au sein par la mère, et à la dentition, elle a eu des attaques convulsives. Elle est d'un caractère très irritable ; elle se fâche très facilement dès qu'on la contrarie. Elle pleure et rit avec la même facilité. Elle a eu, il y a deux ans, une atteinte bénigne d'influenza et la fièvre scarlatine. Un jour, portant un sceau assez lourd de la main droite à bout de bras, elle trébucha contre une pierre, perdit l'équilibre et entraînée par le sceau qui se renversa, et heurta lourdement le flanc droit aux hords du vase. La douleur fut très vive sur le coup ; elle put néanmoins se relever et rentrer chez elle ; la douleur ne dura guère et elle put prendre le train 3 ou 4 jours après pour Paris, où l'attendait son père, ne ressentant de son accident qu'une vague et sourde douleur ou plutôt une simple gêne qui ne devait pas tarder à disparaître.

Placée chez un cocher de la Villette comme bonne d'enfant, ayant charge de promener sur ses bras un bébé de 7 mois, pendant 5 à 6 heures par jour, elle ressent au bout de 6 jours une grande fatigue dans tout le bras droit : tout son côté lui semble envahi de torpeur et d'engourdissement. Elle se couche très fatiguée, et le lendemain, elle est obligée malgré elle, de se pencher sur le côté droit. Elle garde encore l'enfant toute la journée, le prenant sur ses bras le moins possible, et le 8^e jour elle se réveille toute penchée à droite et elle souffre beaucoup.

Le 9 octobre, son père vient la chercher et le 10, il la conduit à l'hôpital Trousseau, où on l'admet d'urgence non sans que M. Guillemain interne du service, ait porté le diagnostic de scoliose hystérique.

Nous la voyons le 11 octobre, couchée salle Giralès.

Etat actuel. — C'est une fillette bien conformée, l'air intelligent, légèrement sournois : elle répond clairement aux questions. Elle n'est pas encore réglée. Je recherche avec soin les stigmates de l'hystérie dont on ne trouve que des traces. Le réflexe pharyngé est aboli ; il y a dans tout le flanc droit et le membre inférieur correspondant, une hyperesthésie assez marquée. Couchée, elle présente une inclinaison latérale à droite, de tout le haut du corps. Les épines iliaques antérieures sont sur le même plan, et les membres inférieurs égaux. Etendue sur le ventre, on constate une concavité correspondant au flanc droit et une légère saillie de l'épaule gauche. A peine aperçoit-on une saillie des apophyses épineuses au niveau des dernières vertèbres dorsales. Au palper, dans le flanc droit et un peu en arrière, on sent la masse musculaire raidie sous la peau. Cette raideur existe aussi au niveau du sacro-lombaire. La pression du muscle provoque une légère douleur ; en marquant les apophyses épineuses, on constate que la colonne décrit, de la 7^e dorsale au sacrum, une courbe à convexité gauche régulière, distante de 2 centimètres environ de l'axe médian. La malade examinée debout et par derrière, présente l'attitude scoliotique ; le tronc est creusé à droite d'une concavité profonde. L'épaule et les fausses côtes se penchent vers la droite, tandis que le rachis dont les 7^e et 8^e dorsales font une légère saillie, décrit à partir de ce point une courbure dorso-lombaire à convexité gauche, dont le point culminant est au niveau des premières lombaires. Le poids du corps repose sur la jambe droite, jouant à elle seule le rôle de pilier, tandis que la jambe

gauche prend l'initiative de la progression. La marche est difficile en raison de la raideur qui semble présider à tous les mouvements. Les cuisses et les jambes sont légèrement fléchies.

Bromure de potassium, douches froides chaque jour. Suggestion.

Le 16 octobre, le malade va mieux. Le 18 octobre, elle est à peu près guérie ; le 19 le redressement est complet.

OBSERVATION III. (In thèse de Landois)

Mlle C..., âgée de 12 ans 1/2, présente le développement de 14 ans.

Antécédents personnels. — Enfant lymphatique et arthritique, très grande. Quelques années auparavant, scarlatine compliquée d'endocardite légère, sans albuminure. Pleurésie à faible épanchement à gauche, fugace et rapidement résorbée. — Rhumatisme articulaire aigu sans complications cardiaques. En 1884, âgée de 7 ans, je fus consulté, parce qu'elle se tenait sur un pied.

Depuis quelques temps cette fillette était très nerveuse, agacée, irritable et faisait continuellement des grimaces. Elle avait des tics dont ni réprimandes ni menaces ne pouvaient la déshabituer.

Examen à nu, debout, les talons rapprochés, les bras pendant le long du corps. Ce qui frappe d'abord, c'est une tendance à se tenir debout sur le pied gauche. Les fausses côtes gauches se trouvent rapprochées de la crête iliaque ; le thorax est aplati du même côté, bombé à droite ; l'épaule gauche est abaissée. De plus, il existe une légère cyphose au niveau de la région dorsale, compensée par une ensellure considérable

hors de proportion avec la convexité cyphotique, en sorte que l'enfant vue de face semble porter un ventre énorme. Elle est difficile à examiner et remue continuellement ; elle est tellement insoumise que je me demandais au premier abord, si elle n'était pas au début d'une chorée.

Antécédents héréditaires. — Mère vivante, extrêmement nerveuse, a eu quelques attaques d'hystérie.

Père vivant très nerveux.

Traitement. — Affusions froides sur la colonne vertébrale suivies de frictions énergiques. Gymnastique vulgaire au trapèze et aux anneaux, séjour aux bords de la mer.

Guérison complète, sauf un peu d'ensellure.

OBSERVATION IV.

(In thèse de Vic). Communiquée par M. le Professeur GRANCHER.

Cécile V..., 8 ans, entrée le 30 janvier 1888, salle Sainte-Geneviève, lit 24, hôpital des Enfants malades.

Antécédents héréditaires. Nuls.

Antécédents personnels. — Née à terme, élevée au sein par sa mère. Aucun antécédent morbide. Il y a 3 mois environ, elle a fait une chute dans l'escalier, en arrière, et a dégringolé plusieurs marches ; mais elle ne se rappelle pas que son dos ait porté plus ou moins que ses reins. Elle s'est relevée sans se plaindre, et ce n'est qu'au bout de 6 semaines qu'elle a eu des douleurs dans les reins, le dos et les flancs. A part les phénomènes douloureux et les troubles moteurs qui en sont la conséquence, l'enfant n'a aucun trouble de la santé

Etat actuel. — Fillette de taille moyenne, un peu fluette, l'air

intelligent et fût ; quelque chose d'hystérique dans le regard et la physionomie. — Aucun stigmatisme d'hystérie ; pas d'anes-thésie cutanée, sensorielle, ou pharyngée ; pas de rétrécissement du champ visuel. Dans l'immobilité au lit, elle ne souffre pas. Veut-elle s'asseoir ou changer de côté, les douleurs apparaissent ; elle ne peut marcher que difficilement et ne peut se baisser pour amasser un objet. L'enfant étant assise, on constate une saillie très accentuée, à grande courbure de la colonne vertébrale dans les régions dorsale et lombaire. Outre cette cyphose, il existe un certain degré de scoliose à convexité gauche, dans la région lombaire ; mais c'est quand l'enfant est debout que cette déviation latérale est surtout apparente. A l'exploration, douleur faible et vague, que l'enfant localise successivement en des points différents.

Debout, la malade appuie sa main à plat sur le flanc droit, comme pour immobiliser ses muscles ; elle incline le tronc à droite et n'avance qu'à tous petits pas, tandis que son visage prend une expression d'angoisse et d'appréhension. Plus l'enfant reste debout, plus la scoliose s'accroît.

Le 2 février au soir, l'enfant déclare ne plus sentir aucune douleur. La scoliose et la cyphose n'ont pourtant pas changé.

Diphthérie avec paralysie du voile du palais.

20 avril. La scoliose persiste, mais a notablement diminué ; il en est de même de la cyphose, les douleurs ont disparu et la colonne vertébrale a recouvré toute sa souplesse dans les mouvements.

OBSERVATION V.

LANDRY (Moniteur des hôpitaux, 2 juillet 1855).

X..., âgée de 48 ans, habituellement bien portante passe une soirée de janvier 1853, à danser dans une noce de village.

Vers minuit, étant en sueur, elle prend froid en rentrant. Le lendemain en se levant, elle ressent dans la fosse iliaque droite une douleur très vive qui l'oblige à tenir le tronc infléchi à droite, sans qu'elle puisse se redresser.

Le 23 juillet, elle est admise à l'hôpital Beaujon dans le service de M. Robert. On constate une déviation de la colonne vertébrale, par contracture de la masse sacro-lombaire droite et probablement aussi du carré des lombes. La dernière côte droite et la crête iliaque sont au contact.

Le 1^{er} août. Émotion assez vive, et le lendemain, la malade en se levant, s'aperçoit que la déviation a disparu. La guérison se maintint et la malade quitta l'hôpital quelques jours après.

OBSERVATION VI (personnelle)

X..., âgé de 41 ans, vient à l'hôpital de la Salpêtrière, à la consultation de M. le docteur Jules Voisin, en juin 1892, conduit par ses parents dans une voiture de malade.

Sa famille est fortement entachée de tares nerveuses.

Lui a toujours été bien portant, jusqu'il y a quatre ans. A ce moment, après une chute insignifiante, il ressentit une légère douleur dans le dos et les lombes, et en quelques jours les parents s'aperçurent qu'il ne pouvait plus se retourner facilement et qu'il avait le dos très raide. Peu à peu, la marche devient assez difficile, l'enfant n'avancait qu'à petits pas, se plaignant de souffrir dans la région des reins. Lorsqu'on l'appelait, il ne se retournait pas et semblait se mouvoir tout d'une pièce.

Un médecin, consulté à cette époque, porta le diagnostic de mal de Pott au début, et conseilla aux parents de coucher l'enfant et de le sortir allongé sur une petite voiture de malade

qu'il n'a pas quittée depuis quatre ans. Plusieurs autres médecins consultés depuis, confirmèrent ce diagnostic et approuvèrent ce traitement, auquel on joignit l'huile de foie de morue et du phosphate de chaux.

A l'examen, M. Voisin constate une attitude d'empalé. Le dos est le siège d'une hyperesthésie très marquée; les mouvements sont absolument impossibles, on sent les masses communes très contracturées, d'une façon égale des deux côtés. La marche est impossible sans le soutien de deux personnes, mais la station debout est possible

Lorsqu'on veut faire ramasser un objet à terre par le malade, il ne peut le faire que lorsqu'il est placé entre ses deux pieds écartés. Il se baisse alors péniblement, en appuyant sa main droite sur son genou, et s'accroupissant il saisit l'objet de la main gauche. Dans ce mouvement, la colonne vertébrale reste absolument rigide comme une tige d'une seule pièce; la tête même ne se fléchit point, et le malade continue de regarder devant lui. Tous ces signes en imposaient à vrai dire pour un mal de Pott. Mais M. Voisin fut frappé de ce que ce jeune garçon n'avait nullement maigri depuis quatre ans qu'il était dans cet état, fait que les parents attribuaient facilement aux soins dont ils ne cessaient d'entourer leur enfant.

En l'interrogeant, M. Voisin fut frappé de lui voir toujours les yeux à demi-fermés, et les paupières supérieures animées d'une sorte de trémulation continue et comme spasmodique. D'ailleurs les parents disent que le petit malade est très nerveux, très irritable et d'un caractère inconstant et fantasque.

Devant ces faits, notre maître porta hardiment le diagnostic de contracture hystérique, s'appuyant encore sur ce fait que dans les tentatives de mobilisation de la tête ou de la colonne vertébrale, la raideur semblait s'exagérer encore.

Après l'avoir fait étendre sur un lit dans une salle voisine,

on hypnotisa l'enfant, par la fixation du regard, et le sommeil après quelques mouvements nerveux, fut rapidement obtenu : On lui suggéra alors que toute douleur avait disparu, qu'il était guéri et qu'à son réveil il allait avoir le dos parfaitement souple. M. Voisin lui mobilisa la tête, le tronc et la colonne lombaire sans plus rencontrer aucune résistance, ni trace de contracture. Le sommeil fut encore prolongé pendant une dizaine de minutes, puis on réveilla le petit malade. en lui commandant impérieusement de se lever et de courir et en lui répétant à plusieurs reprises qu'il était complètement guéri.

A la grande stupéfaction du père et de la mère, on ramena l'enfant, marchant de la façon la plus libre, se baissant avec souplesse, se tournant sans aucune peine à droite et à gauche, si bien qu'il quitta l'hôpital en poussant lui-même la voiture sur laquelle il venait de passer quatre années.

On prescrivit ensuite des douches brisées froides, très courtes, et un peu de bromure de potassium et la guérison s'est maintenue.

PRONOSTIC

En terminant, nous dirons que le pronostic de ces affections singulières est généralement bénin ; toutefois il doit être réservé au point de vue fonctionnel, surtout dans la forme de contracture localisée aux membres inférieurs et donnant naissance au pied-bot hystérique, En effet dans cette forme plus encore que dans les autres, semble-t-il, l'attitude vicieuse prolongée peut entraîner, comme l'a bien montré Charcot, des lésions définitives, qui n'ont plus rien à voir avec la contracture hystérique et qui persistent après la contracture spasmodique Ces lésions qui consistent en des rétractions fibreuses et tendineuses, assombrissent sensiblement le pronostic au point de vue fonctionnel. puisqu'elles continuent de fixer un certain degré plus ou moins accentué d'attitude vicieuse après la guérison, et que le malade peut, de ce fait, rester un impotent, un infirme.

TRAITEMENT.

Lorsqu'on a porté le diagnostic de contracture hystérique, faut-il se contenter de prescrire le traitement général de cette névrose ? en un mot, faut-il s'en tenir à l'hydrothérapie bien administrée, et aux médicaments, comme le bromure de potassium ?

Nous ne le pensons pas. Nous avons vu, il est vrai, dans les observations de scoliose, quelques cas de guérison sans aucune médication, ou simplement par cette thérapeutique générale que nous venons d'indiquer en quelques mots. Mais ceci ne parvient pas toujours à amener la guérison. Du reste dans les cas de Vic, on y avait joint, une fois, le chloroforme, et dans les deux cas, la suggestion constante à l'état de veille.

Comment donc se comporter en présence d'une contracture hystérique, ou soupçonnée telle ?

On pourra essayer la suggestion à l'état de veille.

Quant à la suggestion pendant l'hypnose, c'est, à la vérité, un moyen qui a réussi dans bien des cas, et qui avait en outre, l'avantage de confirmer le diagnostic

de névrose. Mais nous devons nous rappeler que Charcot, Gilles de la Tourette et tous les auteurs qui se sont occupés de l'hypnotisme, en ont signalé les conséquences souvent fâcheuses, et dans la thèse du docteur G. Guinon : *Accidents graves consécutifs à l'hypnotisme* Paris 1889, page 18, nous lisons les lignes suivantes qui résument les travaux du Président de notre thèse sur ce point (1) : « Les tentatives
« d'hypnotisation risquent d'aggraver une hystérie
« légère. L'hypnotisme n'est susceptible d'emploi thérapeutique que chez les grands hystériques, qui
« n'ont rien à perdre et qui peuvent tout gagner d'une
« intervention de ce genre ».

Telle sera donc notre règle de conduite vis-à-vis de l'hypnose. C'est un moyen que nous réserverons à quelques cas spéciaux, en y mettant toujours la plus grande prudence.

Dans la majorité des cas, nos préférences iront à un autre procédé, l'anesthésie chloroformique, qui permettra en outre, toujours le diagnostic, à la condition qu'on se souvienne, toutefois, que l'anesthésie générale ne saurait supprimer des rétractions fibreuses et tendineuses. Avant la chloroformisation, on cherchera à faire une suggestion à l'état de veille, en essayant de frapper l'imagination du sujet, et de

(1) Exposé des titres scientifiques du docteur JOFFROY, Paris 1893
p. 16

le convaincre que l'anesthésie va lui apporter la guérison à coup sûr.

La contracture guérie, il faudra continuer, quelque temps, la suggestion à l'état de veille, et le traitement général.

L'hydrothérapie, sous forme de douches froides ou mieux progressivement refroidies, pour les premières au moins, donnera d'excellents résultats à la condition qu'elles soient très courtes (20 à 30 secondes en moyenne). Il faut les donner en jet brisé, et ne jamais comprendre la tête.

La frictions énergiques au gant de crin, les distractions, le grand air, le séjour à la mer seront d'excellents adjuvants. Nous les croyons plus puissants en la circonstance, que les bromures, par exemple.

Cependant, les calmants du système nerveux, bromures, valériane, etc peuvent être utiles en certains cas.

Ce n'est qu'après avoir tenté l'hypnose et l'anesthésie chloroformique qu'il faudra, s'il persiste quelque déformation importante par rétraction fibreuse ou tendineuse, songer à une intervention chirurgicale. Elle est parfois nécessaire pour compléter la guérison parfaite, surtout dans la forme de contracture donnant le pied bot hystérique, et si cette contracture est déjà de date un peu ancienne.

CONCLUSIONS

De cette rapide étude, tirons quelques déductions pratiques en terminant. Nos conclusions seront les suivantes.

I. A côté des formes étendues et communes de contractures hystériques, il en est de localisées qui entraînent des attitudes vicieuses, simulant des affections organiques.

II. C'est ainsi qu'il existe un *pied-bot hystérique*, et des déviations du rachis pouvant, suivant leur siège et leur forme, simuler le torticolis vrai, la scoliose, la cyphose. Il y a donc des torticolis, des scolioses et des cyphoses hystériques.

III. La contracture peut porter sur les deux masses communes et fixer la colonne vertébrale rigide dans l'extension, simulant absolument le mal de Pott.

IV. Le diagnostic de ces manifestations hystériques peut cependant être fait, si l'on recherche avec soin les stigmates de la névrose, et particulièrement le tremblement spasmodique des paupières. L'intensité de la contracture, son mode de début sont encore des signes en faveur de la nature hystérique, signes que

confirme la disparition brusque par le sommeil hypnotique et la suggestion, ou l'anesthésie chloroformique.

V. Le pronostic n'est pas grave en général ; pourtant il est plus sérieux pour le pied-bot hystérique, surtout si l'affection a duré longtemps.

VI. L'Hypnose est un moyen de guérison rarement indiqué ; on tentera plutôt l'anesthésie générale. Et seulement alors, s'il persiste une attitude vicieuse, après guérison de la contracture, on pourra soulever la question d'une intervention chirurgicale.

VII. L'hydrothérapie et le bromure de potassium, le traitement général de l'hystérie, seront à continuer ensuite pour maintenir la guérison.

Vu : le Doyen.

BROUARDEL

Vu par le président de la thèse,

JOFFROY

Vu et permis d'imprimer,

Le vice-recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD

